

## Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok .

### A gyermekági lehangoltság

Dr. Török Zsuzsa, Dr. Szeverényi Péter

DEOEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debrecen

E-mail: [tor05@freemail.hu](mailto:tor05@freemail.hu)

Levelezési cím:

Dr. Török Zsuzsa

DEBRECENI EGYETEM

Orvos- és Egészségtudományi Centrum

Általános Orvostudományi Kar

SZÜLÉSZETI ÉS NŐGYÓGYÁSZATI KLINIKA

4012 Debrecen, Pf.: 37.

Közismert tény, hogy a fejlett országokban nagyon gyakoriak a hangulati élet zavarai és hogy kialakulásuk szempontjából lényeges kockázati tényező a nem. A vizsgálatok világszerte azt jelzik, hogy a nők között kétszer olyan gyakoriak a kedélybetegségek, mint a férfiak között. Ebből a szempontból a női élet ciklusai, egyes periódusai kifejezetten vulnerábilis időszakot jelentenek. Éppen ezért a terhességhez, szüléshez, gyermekágyhoz kapcsolódó mentális zavarok ismerete a szakember számára nagyon fontos. A szerzők a szülést követő pszichiátriai zavarok közül a gyermekági lehangoltság kérdéskörével foglalkoznak. Irodalmi adatokra támaszkodva bemutatják előfordulási gyakoriságát, tüneteit. Részletesen áttekintik a hangulatzavar kialakulásában fontos kockázati tényezőket. A tanulmány felhívja a figyelmet a prevenció fontosságára.

**Kulcsszavak:** gyermekági lehangoltság, szüléshez társuló pszichiátriai zavarok, szülészeti pszichoszomatika

Epidemiológiai adatok világszerte azt mutatják, hogy a depresszió megközelítőleg kétszer olyan gyakori nőknél, mint férfiaknál és hogy a betegség első jelentkezése a gyermekszülés éveire tehető (Belső, 1999, Young, 2002). Így az anyaság örömteli időszakát sokszor lelki sérülékenység teszi boldogtalanná. A szülést követően a hormonális rendszer változása mellett a nőnek új szerepéhez is alkalmazkodnia kell. Átalakul férjéhez, szüleihez fűződő kapcsolata, módosul testképe és énképe is. Így nem meglepő, hogy ebben a rövid életszakaszban számos pszichiátriai zavar jelentkezhet. Kopp Mária és munkatársai 1995-ben végzett hazai vizsgálatának adatai ezt tényszerűen bizonyítják. A GYED-en, GYES-en lévő anyák 33, 9%-a bizonyult depressziósnak, 10,1%-nál a hangulatzavar súlyos illetve közepesen súlyos volt (Kopp, 1992, 1997). Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a szülés körüli periódust az anya és a gyermek mentális egészsége szempontjából egy kritikus időszaknak kell tekintenünk.

A gyermekszüléshez társuló pszichiátriai betegségek nozológiai megítélése nagy változáson ment át az ókortól napjainkig (Páll, 2002, Trixler, 1997, 2000). Ismeretes, hogy már Hippokratész önálló betegségcsoportnak tekintette a gyermekágyban jelentkező pszichés problémákat és a tejelválasztás zavaraiival indokolta ezeket. A múlt század közepén született egy átfogó leírása a szüléshez társuló pszichés betegségcsoportoknak. Ebben kiemelték, hogy a képet domináló tünetek néha szüléstől függetlenül is jelen lehetnek. Azonban a tünetek sajátos kombinációja és gyors váltakozása miatt, illetve a sokszor megfigyelhető jó remisszió alapján önálló kórképnek kell tekinteni őket. A diagnosztikus gondolkodás fokozatos átalakulása a postpartum pszichiátriai kórképek szemléletének megváltozását is eredményezte. Ekkor a klinikailag megbízható tünetegyüttesek alapján kezdték osztályozni a betegségeket. Ebbe a rendszerbe a szüléshez társuló pszichiátriai zavarok a kísérő tünetek komplexitása és gyors változása miatt viszont nem voltak beilleszthetők. Így fokozatosan

kikerültek a DSM és a BNO klasszifikációs rendszeréből, magát a postpartum jelzőt is törölték. Ez a szemlélet a 80-as évektől újra fokozatosan változott. Felerősödtek azok a nézőpontok, melyek szerint ezekben a pszichiátriai betegségekben a szüléssel kapcsolatos, specifikus hormonális és pszichés változások játszanak nagy szerepet. Ezeknek a terápiás stratégia megválasztása és a prognózis szempontjából is fontos következményei lehetnek.

A manifesztáció idejére vonatkozóan azonban a mai napig nincs konszenzus. A témával foglalkozó szerzők egy csoportja a szülést követő 12 hónapot tartja a postpartum besorolás kritériumának. Ugyanakkor nem ismert olyan endokrin elváltozás, amely a szüléssel összefügg és csak 6-12 hónappal a szülés után alakulna ki. Ez a szemlélet érződik a DSM-IV rendszerében, amelyben a *postpartum kezdet* speciális megjelölést csak a szülést követő 4 héten belül alkalmazhatjuk (DSM). A BNO-10 pedig a szülést követő 6 hetet, tehát a nőgyógyászati puerperium időszakát veszi alapul (BNO).

A postpartum pszichiátriai zavarok tehát pszichotikus vagy nem pszichotikus kedélybetegségek, amelyek a szülést követő 12 hónapon belül alakulnak ki. Fajtái: gyermekági lehangoltság („maternity blues”), postpartum depresszió és postpartum pszichózis (Nonacs, 1998). Ezek mellett létezik egy negyedik fajtája is a gyermekszüléshez társuló pszichiátriai zavaroknak. Ez a „post partum poszttraumás stressz zavar”, amelyben a PTSD tünetei pszichotraumát okozó szüléssel hozhatók összefüggésbe pl: perinatális halál, császármetszés esetében (Páll, 2002).

A DSM-IV úgy határozza meg a gyermekági lehangoltságot, mint a depresszió egy enyhe és átmeneti formáját, ami a szülést követő 3-7 napon belül jelentkezik. Azt mondhatjuk, hogy a szülést követő napokban a nő nagyon érzékeny az őt körülvevő világra és felfokozott módon reagál is rá. A gyermekágyasok arról számolnak be, hogy teljesen más a hangulatuk, mint általában. A kedvük napközben is nagyon ingadozó, de naponként is módosul. A legfőbb problémát nem a szomorúság okozza, hanem a felfokozott érzékenység.

A megszokotthoz képest erős reagálás még a teljesen hétköznapi szituációkban is megfigyelhető. A klinikai képre jellemző a hangulati labilitás, kontrollálhatatlan sírás, szorongás, ingerlékenység. Tipikus a reménytelenség, a magány, az állandó feszültség érzése. Az anyánál az étvágy és a koncentráció zavarai alakulhatnak ki. Szembeötlő a gyermekágyas kritikával szembeni fokozott érzékenysége. A vizsgálatok azt igazolták, hogy a gyermekágyi lehangoltság tünetei a szülést követő 2. és 5. napon érik el csúcspontjukat. A 2. napon jellegzetesen intenzívebbé válik az ingerlékenység, a szorongás és a feszültség érzése. Ezzel a képpel találkozik leginkább a szülészetben dolgozó szakember. Ezzel szemben az 5. napon főleg nyugtalanságtól és fejfájástól szenvednek az anyák. Ezeket a panaszokat sokan már otthon élik át. A szülést követő 2. és 5. napon is jellemző az állapotra a sírás, a nyomott hangulat és a koncentráció zavara. A tünetek alapján kifejezőbb lenne az „emocionális érzékenység szindróma” elnevezés (Nagata, 2000). A tünetek fajtája és megjelenésének ideje is egyértelműen megkülönbözteti ezt a hangulatzavart az orvosi beavatkozást, esetleges műtetet követő diszfóriától. Hiszen ott a szorongás és a szomorúság áll a klinikai kép középpontjában, és a napok múlásával egyre csökken a tünetek intenzitása (Hau, 2003, Rohde, 1997).

Ki kell emelnünk, hogy a gyermekágyi lehangoltsággal együtt járó klinikai kép a világ számos országában nagyon hasonló. A kultúrközi vizsgálatokban a tünetek közül a sírás, a zavartság, az alvásproblémák, a túlérzékenység, a feszültség és az ingerlékenység megjelenése egyöntetűen magas volt (Hau, 2003, Martinez, 2000, Murata, 1998, Rohde, 1997, Sakumoto, 2002, Uwakwe, 2003, Wilkie, 1992). A tüneteket a nők eltérő ideig tapasztalják. A legtöbben (62 %) 1-2 napig szenvednek a lehangoltságtól, az anyák 25 %-a 3-4 napig érzi a tüneteket, és kevesen (13 %) számolnak be arról, hogy 5-6 napig elhúzódik a hangulatzavar. A gyermekágyi lehangoltság normális esetben spontán módon két hét alatt lecseng (Gale, 2003).

## Epidemiológia

A gyermekági lehangoltság előfordulása az irodalom alapján 25-85% között mozog (I. Táblázat). Tendenciaszerűen a nyugati országokban magasabb az előfordulása. A nagy eltérés abból is fakadhat, hogy a különböző vizsgálatok eltérő diagnosztikai kritériumokkal dolgoznak, illetve eltérő eszközöket használnak a hangulatzavar szűrésére (Hau, 2003, O'Hara, 1991). A legtöbb vizsgálatban a Cox és munkatársai által kifejlesztett Edinburgh Postnatal Depression Scale-t alkalmazzák (Cox, 1987, Eberhardt-Gran, 2001). Ezt a 10 itemből álló kérdőívet a világ számos országában használják, mert könnyű kitölteni és értékelni.

A szülést követő enyhe és átmeneti hangulatzavart nem tekinthetjük szigorú értelemben vett pszichiátriai betegségnek, hiszen a szülő nők ilyen nagy százalékában fordul elő. Így a kedélyállapot változásának ez a típusa kezelést sem igényel. Ugyanakkor beszélnünk kell róla, mert az érintettek 20%-ánál a szülést követő 1 éven belül postpartum depresszió alakul ki. Néha a gyermekági lehangoltság direkt módon is átmehet súlyos depresszióba (Beck, 1992, Gale, 2003, Gurel, 2000, Trixler, 1997). Beck csaknem száz vizsgálat metaanalízise során 13 rizikótényezőt jelölt meg a szülést követő kóros depresszió kialakulásában. Ezek között a faktorok között ott van a gyermekági lehangoltság is, ezért nem mehetünk el mellette szó nélkül (Beck, 2001).

## A gyermekági lehangoltság etiológiája

A gyermekági lehangoltság etiológiája a mai napig nem tisztázott (Sakumoto, 2002, Trixler, 1997). Azt mondhatjuk, hogy a gyermekszülés és az anyai szerephez való alkalmazkodás, a gyermek ellátásának fizikai és lelki terhei olyan hatások, amelyek növelik a hangulatzavarral szembeni sérülékenységet. Biológiai, elsősorban hormonális, és pszichoszociális faktorok meghatározó szerepével kell számolnunk. Az irodalom a hangulatzavart

meghatározó faktorok tekintetében nem egységes, a rizikótényezők kultúránként is változnak (Gurel, 2000).

### Biológiai elméletek

A kutatások ellenére nem teljesen ismert a szülést követő hormonváltozások és a gyermekági lehangoltság közötti kapcsolat. Számos tanulmány azt sugallja, hogy a lehangoltság az ösztrogén- és a progeszteronszint szüléskor bekövetkező gyors, hirtelen lecsökkenésének a következménye (Harris, 1989, Magiakou, 1996, O'Hara, 1991). Más vizsgálatok a cholesterol és a tryptophan szintjének a csökkenésével magyarázzák a szülést követő hangulatzavart (Nasta, 2002). A drasztikus hormonális változás miatt a nő az újszülött jelzéseire fokozottan érzékenyebbé válik. Ez az újszülött számára nagyon hasznos, mivel túlélése teljes egészében az anyjától függ. Az újdonsült anyáknak ezt az érzelmi törekénységét, amely minden kultúrában megfigyelhető, néhány társadalomban külön rituálék és szokások is támogatják a gyermekági időszakában (Páll, 2002).

### Demográfiai tényezők

A demográfiai faktorok közül olyan, mint az életkor vagy az iskolai végzettség, a foglalkozás nem segít a gyermekági lehangoltság előrejelzésében (Bågedal-Strindlund, 1997, Gurel, 2000, Hau, 2003, Saisto, 2001). Ez azért meglepő, mert az iskolázottság egészségvédő faktorként szokott szerepelni az érzelmi zavarok esetében (Kopp, 1997). Ezt viszont a gyermekági lehangoltságnál nem tapasztaljuk. Az életkor meghatározó szerepével kapcsolatban is megoszlanak a vélemények. Egyes vizsgálatok szerint az anya 35-39 év közötti életkora kifejezetten csökkenti a gyermekági lehangoltság előfordulását (Hau, 2003).

### Interperszonális tényezők

Döntő fontosságú a terhesség, a szülés ideje alatt a nő, a család szociális helyzete. Az esetleges anyagi bizonytalanság, a munkanélküliség egyértelmű negatív hatással van a gyermekágyi hangulatra (Bagedahl-Strindlund, 1997, Saurel-Cubizolles, 2000). Szintén veszélyt jelent a pszichoszociális stressz, a segítő környezet, a férj/partner hiánya (Gale, 2003, Nagata, 2000, O'Hara, 1991). A családi háttér, a kapcsolatrendszer jelentősen befolyásolja a kedvezőtlen helyzettel való megküzdés képességét. Aki ennek hiányát éli meg a gyermekágy időszakában, gyakrabban él át lehangoltságot.

### Pszichológiai tényezők

Kiemelt jelentőségűek a gyermekágyi lehangoltság kialakulása szempontjából a nő egyéni és/vagy családi élettörténetében korábban átélt depressziós epizódok, érzelmi zavarok. A gyermekágyban ezek ismétlődésére sokkal inkább számítanunk kell. Egyes vizsgálatok adatai szerint annál a nőnél, aki a terhességet megelőző időszakban premenstruális feszültséget tapasztalt, a szülést követően sokkal valószínűbb az intenzív hangulatzavar előfordulása (Gale, 2003, O'Hara, 1991, Saisto, 2001).

Olyan személyiségjegyek, mint a neuroticizmus, a szorongás, a terhesség vége felé felerősödő pesszimizmus is erős kapcsolatban vannak a gyermekágyi lehangoltsággal (Bagedal-Strindlund, 1997, Saisto, 2001). Figyelmeztető jelzés lehet a terhesség alatt előforduló komolyabb alvászavar is.

### Szülészeti tényezők

A szülészeti faktorok közül a szülés tartama, segítő személy jelenléte a vajúadás alatt, a szülésvezetés módja nincs összefüggésben a hangulatzavar kialakulásával (Hau, 2003, Saisto, 2001). Más kutatók azt tapasztalták, hogy császármetszést követően kifejezetten magas volt a

lehangoltság előfordulása (Gurel, 2000). Rizikótényezőnek bizonyult a gyermekágyi lehangoltság kialakulása szempontjából az, ha a szülés éjszaka következett be (Swain, 1997). Az irodalom egyöntetű abban, hogy először szülőknél gyakrabban alakul ki tartós hangulatzavar. Fontos tényező az előző szülések száma is. Emeli a hangulatzavar kockázatát, ha rövid intervallumok választják el az ismételt terhességeket (Gurel, 2000). Fokozott figyelmet érdemel az a gyermekágyas, aki koraszülésen esett át, illetve akinek az újszülöttje nem egészséges. Az újszülöttel összefüggő szorongások erősen növelik a lehangoltság előfordulását (Murata, 1998, Nagata, 2000).

A nő saját szüléséről alkotott véleménye lényegesen befolyásolja a korai gyermekágyban az anya hangulati életét. Aki „nagyon nehéznek” illetve „nehéznek” érezte a szülés folyamatát, annál gyakrabban alakul ki gyermekágyi lehangoltság (Saisto, 2001). Nincs igazolható összefüggés a kórházban töltött napok száma és a hazabocsátás időzítése, valamint a hangulati változás között (Hau, 2003). Ugyanakkor a vizsgálatok alapján azt mondhatjuk, hogy a gyermekágyas osztály szerkezete hatással van az anyák lehangoltságára. Azok az anyák, akik rooming-in rendszerben sokkal több időt tölthetnek az újszülöttel, kevesebb érzelmi zavarról számolnak be, mint azok, akik újszülöttjét külön osztályon látják el (Sakumoto, 2002).

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a gyermekágyi lehangoltság kialakulásának veszélye növekszik, amennyiben a nő és partnere kevésbé fogadja el a terhességet, ha a nő kevesebb érzelmi és fizikai támogatást kap a családtagoktól a gyermek gondozásában, és amikor a gyermek felé irányuló anyai kötődés alacsonyabb szintje figyelhető meg. A tünetek kialakulását szignifikánsan erősíti a gyermekkel kapcsolatos szorongás. Az irodalom adatai a korai gyermekágyban megfigyelhető hangulatzavar kialakulásában a pszichoszociális faktorok szerepét húzzák alá.



## Megelőzés, kezelés

A szülést megelőző pszichoszociális beavatkozások segítik a szülővé válás folyamatát és csökkentik a gyermekági lehangoltság valószínűségét (Hudson, 2000). Elegendő a nők edukatív támogatása, megnyugtatója. Hasznos lehet, ha a kismama és partnere számára általános ismereteket nyújtunk a szülést követő hangulatzavarokról. Ez csökkenti a nők büntudatát és növeli a partner segítő szándékát, tudja, mikor kell esetleg szakemberhez fordulni. Több országban önszorgó csoportok illetve képzett terapeuták vállalják fel ezt a munkát.

A terhesgondozás alatt a tanácsadásban résztvevő szakembereknek rá kellene kérdeznie a nő korábbi érzelmi zavaraira, a már átélt depresszív epizódokra. A szülést követő napokban az anya hangulati életét messzemenőkéig meghatározza saját szüléséről alkotott szubjektív véleménye. A szülés élménye pedig a szülésre való felkészüléstől, a kismamát gondozók munkájától is függ.

Korábban említettük, hogy normális esetben a gyermekági lehangoltság külön kezelést nem igényel. Akkor mit tegyünk? Mivel a szülés, és az anyai szerephez való adaptáció stressze növelheti a hangulatzavar kialakulásának a veszélyét, ez az időszak speciális igényeket támaszt a személyzet munkájával összefüggően. A szülést követő kóros lehangoltság diagnosztizálása nagyon nehéz feladat. Gátolja ezt az anya szégyenérzete, irreális félelme és önvádla azzal kapcsolatosan, hogy nem elég jó anya. Így a nő nem kér segítséget, tünetei csak erősödnek. Feladatunk a gyermekági büntudatának csökkentése, a jó anya-gyermek kapcsolat létrejöttének a segítése, a nő kompetencia érzésének a növelése (Gale, 2003, Riecher-Rössler, 2003).

A gyermekági napjaiban a legfontosabb az, hogy a személyzet valamennyi tagjától egységes, pontos információt kapjon az anya. Támogató tanácsokat adjunk, és ne kritizáljuk ebben a szenzitív időszakban. A rutin hathetes kontroll vizsgálaton is ki kellene térni a

lehangoltsággal összefüggő pszicho-szociális tényezőkre. Az orvosoknak csupán a fele gondolja úgy, hogy a fizikális vizsgálat mellett időt kell szakítani a párkapcsolati, gyermeknevelési problémákra is. A női orvosok közül többen vélik úgy, hogy az anya fáradékonyságára, alvási zavaraira és az újszülött viselkedésére is érdemes rákérdezni (Gunn, 1998).

Mivel a gyermekágyas tovább küldése a legtöbbször nem sikeres, ezért a legfontosabb a jó, bizalomteli kapcsolat kiépítése az anya és a szülészeti intézmény szakemberei között. Amelyben van idő a páciens érzelmeiről szóló beszélgetésre, és amely biztonságérzetet és alapvető információt nyújt az új szülők számára a szülést követő napokban. Ehhez a szülésznő, a védőnő, a klinikai pszichológus, a szülész, a neonatológus, a csecsemőápoló és a szociális munkás összehangolt munkájára van szükség.

## Irodalom

1. Bågedahl-Strindlund M. (1997) Parapartum mental illness: an interview follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 389-395.
2. Beck, C.T., Reynolds, M. A., Rutowski, P. (1992) Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 21, 287-293.
3. Beck, C.T. (2001) Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 5, 253-275.
4. Belső N., Rihmer Z. (1999) Depresszió és életciklusok. *Praxis*, 10, 19-27.
5. Belső N. (2006) A perinatális időszak pszichés zavarai. In: Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria (Szerk.: C. Molnár E., Füredi J., Papp Z.) Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
6. BNO-10. *A mentális és viselkedészavarok osztályozása*. (1994) WHO-MPT, Budapest
7. Condon, J. T., Watson, TL (1987) The maternity blues: exploration of a psychological hypothesis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 164-171.
8. Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

9. DSM-IV. *Diagnosztikai kritériumai*. (1995) Animula, Budapest
10. Eberhard-Gran, M. Eskild, A., Tambs, K., Opjordsmoen, S., Samuelsen, S.O. (2001) Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 243-249.
11. Gale, S., Harlow, B, L. (2003) Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24, 257-266.
12. Gunn, J., Lumley, J., Young, D. (1998) The role of the general practitioner in postnatal care: a survey from Australian general practice. *British Journal of General Practice*, 48, 1570-1574.
13. Gurel, S., Gurel, H. (2000) The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance of parity and inter-pregnancy interval. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 91, 21-24.
14. Harris, B., Johnson, S., Fung, H. et al (1989) The hormonal environment of post-natal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 154, 660-667.
15. Hau, F.W.L., Levy, V. A. (2003) Maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders*, 75, 197-203.
16. Hickey, A.R., Boyce, P.M., Ellwood, D., Morris-Yates, A.D. (1997) Early discharge and risk for postnatal depression. *The Medical Journal of Australia*, 167, 244-247.
17. Hudson, D. B., Elek, S. M., Campbell-Grossmann, C. (2000) Depression, self-esteem, loneliness and social support among adolescent mothers participating in the new parent project. *Adolescence*, 139, 445-453.
18. Kopp M., Skrabsky Á. (1992) *Magyar lelkiállapot*. Végeken Alapítvány, Budapest
19. Kopp M, Szedmák S., Löke J., Skrabsky Á. (1997) A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. *Lege Artis Medicinae*, 3, 136-144.
20. Lee, D.T.S., Yip, A.S.K., Leung, T.Y.S., Chung, T.K.H. (2000) Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Medical Journal*, 6, 349-354.
21. Losonczi Á. (1991) Az új élet kihordása: szülés, születés. In: Társadalmi változások – életfordulók. Terhesség – szülés – születés II. (Szerk.: Losonczi Á.) MTA Szociológiai Kutató Intézet, Budapest
22. Magiakou, M.A., Mastorakos, D.R., Dubbert, B., Gold, P.W. and Chrousos, G.P. (1996) Hypothalamic corticotrophin-releasing hormone suppression during the postpartum

- period: implications for the increase in psychiatric manifestations at this time. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 81, 1912-1917.
23. Martinez, R. (2000) Singing the baby blues: a content analysis of popular press articles about postpartum affective disturbances. *Women Health*, 31, 37-56.
  24. Murata, A., Nadaoka, T., Morioka, Y. et al. (1998) Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 46, 99-104.
  25. Nagata, M., Nagai, Y., Sobajima, H., Ando, T. et al. (2000) Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 209-217.
  26. Nasta, M. T., Grussu, P., Quatraro, R.M., Cerutti, R. et al. (2002) Cholesterol and mood states at 3 days after delivery. *Journal of Psychosomatic Research* 52, 61-63.
  27. Nonacs, R., Cohen, L. S. (1998) Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 34-40.
  28. O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., Wright, E. J. (1991) Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry*, 48, 801-806.
  29. Páll I. (2002) A szüléshez társuló pszichiátriai betegségek. *Lege Artis Medicinae*, 3, 153-158.
  30. Riecher-Rössler, A., Hofecker, F.M. (2003) Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 51-56.
  31. Rohde, L. A., Busnello, E., Wolf A., Zomer, A. et al. (1997) Maternity blues in Brazilian women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 231-235.
  32. Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.E., Halmesmäki, E. (2001) Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 39-45.
  33. Sakumoto, K., Masamoto, H., Kanazawa, K. (2002) Post-partum maternity "blues" as a reflection of new-born nursing care in Japan. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 78, 25-30.
  34. Saurel-Cubizolles, M. J., Romito, P., Ancel, P.Y., Lelong, N. (2000) Unemployment and psychological distress one year after childbirth in France. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 185-191.
  35. Skari, H., Skreden, M., Malt, U.F., Dalholt, M. et al. (2002) Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth – a

- prospective population-based study of mothers and fathers. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 1154-1163.
36. Swain, A.M., O'Hara, M.W., Starr, K.R., Gorman, L.L. (1997) A prospective study of sleep, mood and cognitive function in postpartum and non-postpartum women. *Obstetrics and Gynecology*, 90, 381-386.
  37. Trixler M. (1997) A szüléshez társuló pszichiátriai betegségek etiológiai és nozológiai problémái. *Orvoscépzés*, 1, 27-31.
  38. Trixler M. (2000) Szülés utáni pszichés zavarok, pszichózisok. *Háziorvosi Továbbképző Szemle*, 5, 264-267.
  39. Uwakwe, R. (2003) Affective (depressive) morbidity in puerperal Nigerian women: validation of the Edinburgh Postnatal Depressive Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 251-259.
  40. Young, S.A., Campbell, N., Harper, A. (2002) Depression in women of reproductive age. *Postgraduate Medicine*, 3, 45-50.
  41. Wilkie, G., Shapiro, C. M. (1992) Sleep deprivation and the postnatal blues. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 309-316.

#### Psychiatric disorders associated with childbearing I. Maternity blues

It is an understood thing that disorders of mood are very frequent in the developed countries and the gender is the important risk factor in point of view of their development. The studies all over the world show that mood disturbance are twice as much frequent among than men. From this point of view cycles and some periods of women mean especially vulnerable times of their life. Because of that to understand mental disorders connecting pregnancy, delivering, childbearing is very important for health professionals. The authors focus especially maternity blues from the postnatal psychiatric disorders. They introduce its symptoms, the frequency of that in the population by references. The main risk factors in developing mood disturbance are reviewed in detail. The paper stresses the possibility of prevention and importance of supportive follow-up.

**Key words:** maternity blues, perinatal psychiatric disorders, obstetrical psychosomatic.

I. Táblázat: A gyermekági lehangoltság előfordulása a különböző országokban

Ország	Gyermekági lehangoltság aránya (%)
Tanzánia	76
USA	76
Anglia	76
Kína	44
Németország	41
Jamaica	46
Franciaország	30
Olaszország	30
Japán	13-36

**Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok .****A gyermekági lehangoltság**

Dr. Török Zsuzsa, Dr. Szeverényi Péter

DEOEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debrecen

E-mail: [tor05@freemail.hu](mailto:tor05@freemail.hu)

Levelezési cím:

Dr. Török Zsuzsa

DEBRECENI EGYETEM

Orvos- és Egészségtudományi Centrum

Általános Orvostudományi Kar

SZÜLÉSZETI ÉS NŐGYÓGYÁSZATI KLINIKA

4012 Debrecen, Pf.: 37.

Közismert tény, hogy a fejlett országokban nagyon gyakoriak a hangulati élet zavarai és hogy kialakulásuk szempontjából lényeges kockázati tényező a nem. A vizsgálatok világszerte azt jelzik, hogy a nők között kétszer olyan gyakoriak a kedélybetegségek, mint a férfiak között. Ebből a szempontból a női élet ciklusai, egyes periódusai kifejezetten vulnerábilis időszakot jelentenek. Éppen ezért a terhességhez, szüléshez, gyermekágyhoz kapcsolódó mentális zavarok ismerete a szakember számára nagyon fontos. A szerzők a szülést követő pszichiátriai zavarok közül a gyermekági lehangoltság kérdéskörével foglalkoznak. Irodalmi adatokra támaszkodva bemutatják előfordulási gyakoriságát, tüneteit. Részletesen áttekintik a hangulatzavar kialakulásában fontos kockázati tényezőket. A tanulmány felhívja a figyelmet a prevenció fontosságára.

**Kulcsszavak:** gyermekági lehangoltság, szüléshez társuló pszichiátriai zavarok, szülészeti pszichoszomatika

Epidemiológiai adatok világszerte azt mutatják, hogy a depresszió megközelítőleg kétszer olyan gyakori nőknél, mint férfiaknál és hogy a betegség első jelentkezése a gyermekszülés éveire tehető (Belső, 1999, Young, 2002). Így az anyaság örömteli időszakát sokszor lelki sérülékenység teszi boldogtalanná. A szülést követően a hormonális rendszer változása mellett a nőnek új szerepéhez is alkalmazkodnia kell (Losonczi, 1991). Átalakul férjéhez, szüleihez fűződő kapcsolata, módosul testképe és énképe is. Így nem meglepő, hogy ebben a rövid életszakaszban számos pszichiátriai zavar jelentkezhet. Kopp Mária és munkatársai 1995-ben végzett hazai vizsgálatának adatai ezt tényszerűen bizonyítják. A GYED-en, GYES-en lévő anyák 33, 9%-a bizonyult depressziósnak, 10,1%-nál a hangulatzavar súlyos illetve közepesen súlyos volt (Kopp, 1992, 1997). Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a szülés körüli periódust az anya és a gyermek mentális egészsége szempontjából egy kritikus időszaknak kell tekintenünk.

A gyermekszüléshez társuló pszichiátriai betegségek nozológiai megítélése nagy változáson ment át az ókortól napjainkig (Páll, 2002, Trixler, 1997, 2000). Ismeretes, hogy már Hippokratész önálló betegségcsoportnak tekintette a gyermekágyban jelentkező pszichés problémákat és a tejelválasztás zavaraiival indokolta ezeket. A múlt század közepén született egy átfogó leírása a szüléshez társuló pszichés betegségcsoportoknak. Ebben kiemelték, hogy a képet domináló tünetek néha szüléstől függetlenül is jelen lehetnek. Azonban a tünetek sajátos kombinációja és gyors váltakozása miatt, illetve a sokszor megfigyelhető jó remisszió alapján önálló kórképnek kell tekinteni őket. A diagnosztikus gondolkodás fokozatos átalakulása a postpartum pszichiátriai kórképek szemléletének megváltozását is eredményezte. Ekkor a klinikailag megbízható tünetegyüttesek alapján kezdték osztályozni a betegségeket. Ebbe a rendszerbe a szüléshez társuló pszichiátriai zavarok a kísérő tünetek komplexitása és gyors változása miatt viszont nem voltak beilleszthetők. Így fokozatosan



kikerültek a DSM és a BNO klasszifikációs rendszeréből, magát a postpartum jelzőt is törölték. Ez a szemlélet a 80-as évektől újra fokozatosan változott. Felerősödtek azok a nézőpontok, melyek szerint ezekben a pszichiátriai betegségekben a szüléssel kapcsolatos, specifikus hormonális és pszichés változások játszanak nagy szerepet. Ezeknek a terápiás stratégia megválasztása és a prognózis szempontjából is fontos következményei lehetnek.

A manifesztáció idejére vonatkozóan azonban a mai napig nincs konszenzus. A témával foglalkozó szerzők egy csoportja a szülést követő 12 hónapot tartja a postpartum besorolás kritériumának. Ugyanakkor nem ismert olyan endokrin elváltozás, amely a szüléssel összefügg és csak 6-12 hónappal a szülés után alakulna ki. Ez a szemlélet érződik a DSM-IV rendszerében, amelyben a *postpartum kezdet* speciális megjelölést csak a szülést követő 4 héten belül alkalmazhatjuk (DSM). A BNO-10 pedig a szülést követő 6 hetet, tehát a nőgyógyászati puerperium időszakát veszi alapul (BNO).

A postpartum pszichiátriai zavarok tehát pszichotikus vagy nem pszichotikus kedélybetegségek, amelyek a szülést követő 12 hónapon belül alakulnak ki. Fajtái: gyermekági lehangoltság („maternity blues”), postpartum depresszió és postpartum pszichózis (Nonacs, 1998). Ezek mellett létezik egy negyedik fajtája is a gyermekszüléshez társuló pszichiátriai zavaroknak. Ez a „post partum poszttraumás stressz zavar”, amelyben a PTSD tünetei pszichotraumát okozó szüléssel hozhatók összefüggésbe pl: perinatális halál, császármetszés esetében (Páll, 2002).

A DSM-IV úgy határozza meg a gyermekági lehangoltságot, mint a depresszió egy enyhe és átmeneti formáját, ami a szülést követő 3-7 napon belül jelentkezik. Azt mondhatjuk, hogy a szülést követő napokban a nő nagyon érzékeny az őt körülvevő világra és felfokozott módon reagál is rá. A gyermekágyasok arról számolnak be, hogy teljesen más a hangulatuk, mint általában. A kedvük napközben is nagyon ingadozó, de naponként is módosul. A legfőbb problémát nem a szomorúság okozza, hanem a felfokozott érzékenység.

A megszokotthoz képest erős reagálás még a teljesen hétköznapi szituációkban is megfigyelhető. A klinikai képre jellemző a hangulati labilitás, kontrollálhatatlan sírás, szorongás, ingerlékenység. Tipikus a reménytelenség, a magány, az állandó feszültség érzése. Az anyánál az étvágy és a koncentráció zavarai alakulhatnak ki. Szembeötlő a gyermekágyas kritikával szembeni fokozott érzékenysége. A vizsgálatok azt igazolták, hogy a gyermekágyi lehangoltság tünetei a szülést követő 2. és 5. napon érik el csúcspontjukat. A 2. napon jellegzetesen intenzívebbé válik az ingerlékenység, a szorongás és a feszültség érzése. Ezzel a képpel találkozik leginkább a szülészetben dolgozó szakember. Ezzel szemben az 5. napon főleg nyugtalanságtól és fejfájástól szenvednek az anyák. Ezeket a panaszokat sokan már otthon élik át. A szülést követő 2. és 5. napon is jellemző az állapotra a sírás, a nyomott hangulat és a koncentráció zavara. A tünetek alapján kifejezőbb lenne az „emocionális érzékenység szindróma” elnevezés (Nagata, 2000). A tünetek fajtája és megjelenésének ideje is egyértelműen megkülönbözteti ezt a hangulatzavart az orvosi beavatkozást, esetleges műtetet követő diszfóriától. Hiszen ott a szorongás és a szomorúság áll a klinikai kép középpontjában, és a napok múlásával egyre csökken a tünetek intenzitása (Hau, 2003, Rohde, 1997).

Ki kell emelnünk, hogy a gyermekágyi lehangoltsággal együtt járó klinikai kép a világ számos országában nagyon hasonló. A kultúrközi vizsgálatokban a tünetek közül a sírás, a zavartság, az alvásproblémák, a túlérzékenység, a feszültség és az ingerlékenység megjelenése egyöntetűen magas volt (Hau, 2003, Martinez, 2000, Murata, 1998, Rohde, 1997, Sakumoto, 2002, Uwakwe, 2003, Wilkie, 1992). A tüneteket a nők eltérő ideig tapasztalják. A legtöbben (62 %) 1-2 napig szenvednek a lehangoltságtól, az anyák 25 %-a 3-4 napig érzi a tüneteket, és kevesen (13 %) számolnak be arról, hogy 5-6 napig elhúzódik a hangulatzavar. A gyermekágyi lehangoltság normális esetben spontán módon két hét alatt lecseng (Gale, 2003).

## Epidemiológia

A gyermekági lehangoltság előfordulása az irodalom alapján 25-85% között mozog (I. Táblázat). Tendenciaszerűen a nyugati országokban magasabb az előfordulása. A nagy eltérés abból is fakadhat, hogy a különböző vizsgálatok eltérő diagnosztikai kritériumokkal dolgoznak, illetve eltérő eszközöket használnak a hangulatzavar szűrésére (Hau, 2003, O'Hara, 1991). A legtöbb vizsgálatban a Cox és munkatársai által kifejlesztett Edinburgh Postnatal Depression Scale-t alkalmazzák (Cox, 1987, Eberhardt-Gran, 2001). Ezt a 10 itemből álló kérdőívet a világ számos országában használják, mert megbízhatóan kiszűri a szülést követő lehangoltságot, kitöltése és értékelése is rövid időt vesz igénybe. Tudnunk kell azonban azt is, hogy a depresszió diagnózisának felállításához nem ad elégséges támpontot.

A szülést követő enyhe és átmeneti hangulatzavart nem tekinthetjük szigorú értelemben vett pszichiátriai betegségnek, hiszen a szülő nők ilyen nagy százalékában fordul elő. Így a kedélyállapot változásának ez a típusa kezelést sem igényel. Ugyanakkor beszélnünk kell róla, mert az érintettek 20%-ánál a szülést követő 1 éven belül postpartum depresszió alakul ki. Néha a gyermekági lehangoltság direkt módon is átmehet súlyos depresszióba (Beck, 1992, Gale, 2003, Gurel, 2000, Trixler, 1997). Beck csaknem száz vizsgálat metaanalízise során 13 rizikótényezőt jelölt meg a szülést követő kóros depresszió kialakulásában. Ezek között a faktorok között ott van a gyermekági lehangoltság is, ezért nem mehetünk el mellette szó nélkül (Beck, 2001).

## A gyermekági lehangoltság etiológiája

A gyermekági lehangoltság etiológiája a mai napig nem tisztázott (Sakumoto, 2002, Trixler, 1997). Azt mondhatjuk, hogy a gyermekszülés és az anyai szerephez való alkalmazkodás, a gyermek ellátásának fizikai és lelki terhei olyan hatások, amelyek növelik a hangulatzavarral szembeni sérülékenységet. Biológiai, elsősorban hormonális, és pszicho-

szociális faktorok meghatározó szerepével kell számolnunk. Az irodalom a hangulatzavart meghatározó faktorok tekintetében nem egységes, a rizikótényezők kultúránként is változnak (Gurel, 2000).

### Biológiai elméletek

A kutatások ellenére nem teljesen ismert a szülést követő hormonváltozások és a gyermekágyi lehangoltság közötti kapcsolat. Számos tanulmány azt sugallja, hogy a lehangoltság az ösztrogén- és a progeszteronszint szüléskor bekövetkező gyors, hirtelen lecsökkenésének a következménye (Harris, 1989, Magiakou, 1996, O'Hara, 1991). Más vizsgálatok a cholesterol és a tryptophan szintjének a csökkenésével magyarázzák a szülést követő hangulatzavart (Nasta, 2002). A drasztikus hormonális változás miatt a nő az újszülött jelzéseire fokozottan érzékenyvé válik. Ez az újszülött számára nagyon hasznos, mivel túlélése teljes egészében az anyjától függ. Az újdonsült anyáknak ezt az érzelmi törekénységét, amely minden kultúrában megfigyelhető, néhány társadalomban külön rituálék és szokások is támogatják a gyermekágy időszakában (Páll, 2002).

### Demográfiai tényezők

A demográfiai faktorok közül olyan, mint az életkor vagy az iskolai végzettség, a foglalkozás nem segít a gyermekágyi lehangoltság előrejelzésében (Bågedal-Strindlund, 1997, Gurel, 2000, Hau, 2003, Saisto, 2001). Ez azért meglepő, mert az iskolázottság egészségvédő faktorként szokott szerepelni az érzelmi zavarok esetében (Kopp, 1997). Ezt viszont a gyermekágyi lehangoltságnál nem tapasztaljuk. Az életkor meghatározó szerepével kapcsolatban is megoszlanak a vélemények. Egyes vizsgálatok szerint az anya 35-39 év közötti életkora kifejezetten csökkenti a gyermekágyi lehangoltság előfordulását (Hau, 2003).

## Interperszonális tényezők

Döntő fontosságú a terhesség, a szülés ideje alatt a nő, a család szociális helyzete. Az esetleges anyagi bizonytalanság, a munkanélküliség egyértelmű negatív hatással van a gyermekágyi hangulatra (Bagedahl-Strindlund, 1997, Saurel-Cubizolles, 2000). Szintén veszélyt jelent a pszichoszociális stressz, a segítő környezet, a férj/partner hiánya (Gale, 2003, Nagata, 2000, O'Hara, 1991, Skari, 2002). A családi háttér, a kapcsolatrendszer jelentősen befolyásolja a kedvezőtlen helyzettel való megküzdés képességét. Aki ennek hiányát éli meg a gyermekágy időszakában, gyakrabban él át lehangoltságot.

## Pszichológiai tényezők

Kiemelt jelentőségűek a gyermekágyi lehangoltság kialakulása szempontjából a nő egyéni és/vagy családi élettörténetében korábban átélt depressziós epizódok, érzelmi zavarok. A gyermekágyban ezek ismétlődésére sokkal inkább számítanunk kell. Egyes vizsgálatok adatai szerint annál a nőnél, aki a terhességet megelőző időszakban premenstruális feszültséget tapasztalt, a szülést követően sokkal valószínűbb az intenzív hangulatzavar előfordulása (Gale, 2003, O'Hara, 1991, Saisto, 2001).

Hickey és munkatársai (1997) vizsgálata rámutatott arra a tényre, hogy a vulnerabilitás pozitív kapcsolatban van a szülést követő hangulatzavarokkal. A személyiségnek ez a jellemzője olyan tulajdonságokban ragadható meg, mint a félnék, kevésbé önérvényesítő magatartás, a szenzitivitás, hajlam az aggódásra, idegességre, érzelmi kitörésekre és a maximalizmusra. Ezek a tulajdonságok egyértelműen növelik a gyermekágyi lehangoltság kialakulásának a veszélyét (Hickey, 1997). A szorongásra való hajlam, illetve a terhességgel, szüléssel összefüggő magas aktuális szorongás szignifikáns ( $p < 0.001$ ) kapcsolatban van a szülést követő lehangoltsággal (Saisto, 2001). Lee és munkatársai (2000) a gyermekágyi lehangoltság és a személyiségtényezők összefüggését vizsgálva Eysenck személyiség

kérdőívét alkalmazták. A neuroticizmus alskála szignifikáns ( $p < 0.001$ ) kapcsolatban áll a gyermekágyi lehangoltság kialakulásával (Lee, 2000). Az esélyhányados egyértelműen azt mutatja, hogy az a nő, akinél magas a neuroticizmus alskála, annál nagyobb a gyermekágyi lehangoltság rizikója. Figyelmeztető jelzés lehet a terhesség alatt előforduló komolyabb alvászavar is.

### Szülészeti tényezők

A szülészeti faktorok közül a szülés tartama, segítő személy jelenléte a vajúdas alatt, a szülésvezetés módja nincs összefüggésben a hangulatzavar kialakulásával (Hau, 2003, Saisto, 2001). Más kutatók azt tapasztalták, hogy császármetszést követően kifejezetten magas volt a lehangoltság előfordulása (Gurel, 2000). Rizikótényezőnek bizonyult a gyermekágyi lehangoltság kialakulása szempontjából az, ha a szülés éjszaka következett be (Swain, 1997). Az irodalom egyöntetű abban, hogy először szülőknél gyakrabban alakul ki tartós hangulatzavar. Fontos tényező az előző szülések száma is. Emeli a hangulatzavar kockázatát, ha rövid intervallumok választják el az ismételt terhességeket (Gurel, 2000). Fokozott figyelmet érdemel az a gyermekágyas, aki koraszülésen esett át, illetve akinek az újszülöttje nem egészséges. Az újszülöttel összefüggő szorongások erősen növelik a lehangoltság előfordulását (Murata, 1998, Nagata, 2000).

A nő saját szüléséről alkotott véleménye lényegesen befolyásolja a korai gyermekágyban az anya hangulati életét. Aki „nagyon nehéznek” illetve „nehéznek” érezte a szülés folyamatát, annál gyakrabban alakul ki gyermekágyi lehangoltság (Saisto, 2001). Nincs igazolható összefüggés a kórházban töltött napok száma és a hazabocsátás időzítése, valamint a hangulati változás között (Hau, 2003). Ugyanakkor a vizsgálatok alapján azt mondhatjuk, hogy a gyermekágyas osztály szerkezete hatással van az anyák lehangoltságára. Azok az anyák, akik rooming-in rendszerben sokkal több időt tölthetnek az újszülöttel, kevesebb

érzelmi zavarról számolnak be, mint azok, akik újszülöttjét külön osztályon látják el (Sakumoto, 2002).

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a gyermekági lehangoltság kialakulásának veszélye növekszik, amennyiben a nő és partnere kevésbé fogadja el a terhességet, ha a nő kevesebb érzelmi és fizikai támogatást kap a családtagoktól a gyermek gondozásában, és amikor a gyermek felé irányuló anyai kötődés alacsonyabb szintje figyelhető meg. A tünetek kialakulását szignifikánsan erősíti a gyermekkel kapcsolatos szorongás. Az irodalom adatai a korai gyermekágiban megfigyelhető hangulatzavar kialakulásában a pszichoszociális faktorok szerepét húzzák alá.

#### Megelőzés, kezelés

A szülést megelőző pszichoszociális beavatkozások segítik a szülővé válás folyamatát és csökkentik a gyermekági lehangoltság valószínűségét (Hudson, 2000). Elegendő a nők edukatív támogatása, megnyugtatója. Hasznos lehet, ha a kismama és partnere számára általános ismereteket nyújtunk a szülést követő hangulatzavarokról. Ez csökkenti a nők büntudatát és növeli a partner segítő szándékát, tudja, mikor kell esetleg szakemberhez fordulni. Több országban önszolgáltató csoportok illetve képzett terapeuták vállalják fel ezt a munkát.

A terhesgondozás alatt a tanácsadásban résztvevő szakembereknek rá kellene kérdeznie a nő korábbi érzelmi zavaraira, a már átélt depresszív epizódokra. A szülést követő napokban az anya hangulati életét messzemenőkéig meghatározza saját szüléséről alkotott szubjektív véleménye. A szülés élménye pedig a szülésre való felkészüléstől, a kismamát gondozók munkájától is függ.

Korábban említettük, hogy normális esetben a gyermekági lehangoltság külön kezelést nem igényel. Akkor mit tegyünk? Mivel a szülés, és az anyai szerephez való

adaptáció stressze növelheti a hangulatzavar kialakulásának a veszélyét, ez az időszak speciális igényeket támaszt a személyzet munkájával összefüggően. A szülést követő kóros lehangoltság diagnosztizálása nagyon nehéz feladat. Gátolja ezt az anya szégyenérzete, irreális félelme és önvádlása azzal kapcsolatosan, hogy nem elég jó anya. Így a nő nem kér segítséget, tünetei csak erősödnek. Feladatunk a gyermekágyas büntudatának csökkentése, a jó anya-gyermek kapcsolat létrejöttének a segítése, a nő kompetencia érzésének a növelése (Gale, 2003, Riecher-Rössler, 2003).

A gyermekágy napjaiban a legfontosabb az, hogy a személyzet valamennyi tagjától egységes, pontos információt kapjon az anya. Támogató tanácsokat adjunk, és ne kritizáljuk ebben a szenzitív időszakban. A rutin hathetes kontroll vizsgálaton is ki kellene térni a lehangoltsággal összefüggő pszicho-szociális tényezőkre. Az orvosoknak csupán a fele gondolja úgy, hogy a fizikális vizsgálat mellett időt kell szakítani a párkapcsolati, gyermeknevelési problémákra is. A női orvosok közül többen vélik úgy, hogy az anya fáradékonyságára, alvási zavaraira és az újszülött viselkedésére is érdemes rákérdezni (Gunn, 1998).

Hazánkban, az 1992-ben alakult Magyar Pszichoszomatikus Szülészeti Nőgyógyászati Társaság évi rendszerességgel szervez konferenciát. Ezeken a tudományos rendezvényeken a szüléshez társuló pszichiátriai zavarok témájával is ismerkedhetnek orvosok, szülésznők és védőnők. Az új rezidensképzés keretében pedig a szülészeti-nőgyógyászati pszichoszomatika egy hetes előadás és gyakorlat formájában kiemelten foglalkozik a női krízisszituációkkal (terhesség, szülés, születés, gyermekágy). Ezek hatásait nemcsak az anya, hanem a család egésze szempontjából is elemzi. Azt mondhatjuk, hogy a hazai szülészeti-nőgyógyászati szakma, a Magyar Védőnő hálózat és a perinatális időszak menedzselésére alakult teamek (l: sikertelen terhesség utáni gondozás) hatékony erőfeszítéseket tesznek a szülés körüli időszak pszichés zavarainak korai felismerésére és prevenciójára (Beke, 2006, Gávai, 2006).



Mivel a gyermekágyas tovább küldése a legtöbbször nem sikeres, ezért a legfontosabb a jó, bizalomteli kapcsolat kiépítése az anya és a szülészeti intézmény szakemberei között. Amelyben van idő a páciens érzelmeiről szóló beszélgetésre, és amely biztonságérzetet és alapvető információt nyújt az új szülők számára a szülést követő napokban. Ehhez a szülésznő, a védőnő, a klinikai pszichológus, a szülész, a neonatológus, a csecsemőápoló és a szociális munkás összehangolt munkájára van szükség.

## Irodalom

1. Bågedahl-Strindlund M. (1997) Parapartum mental illness: an interview follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 389-395.
2. Beck, C.T., Reynolds, M. A., Rutowski, P. (1992) Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 21, 287-293.
3. Beck, C.T. (2001) Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 5, 253-275.
4. Beke, A. (2006) A szülés és a születés során lezajló élettani pszichés változások. In: Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria (Szerk.: C. Molnár E., Füredi J., Papp Z.) Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
5. Belső N., Rihmer Z. (1999) Depresszió és életciklusok. *Praxis*, 10, 19-27.
6. Belső N. (2006) A perinatális időszak pszichés zavarai. In: Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria (Szerk.: C. Molnár E., Füredi J., Papp Z.) Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
7. BNO-10. *A mentális és viselkedészavarok osztályozása*. (1994) WHO-MPT, Budapest
8. Condon, J. T., Watson, TL (1987) The maternity blues: exploration of a psychological hypothesis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 164-171.
9. Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
10. DSM-IV. *Diagnosztikai kritériumai*. (1995) Animula, Budapest

11. Eberhard-Gran, M. Eskild, A., Tambs, K., Opjordsmoen, S., Samuelsen, S.O. (2001) Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 243-249.
12. Gale, S., Harlow, B, L. (2003) Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24, 257-266.
42. Gávai, M. (2006) Sikertelen terhesség. In: Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria (Szerk.: C. Molnár E., Füredi J., Papp Z.) Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
13. Gunn, J., Lumley, J., Young, D. (1998) The role of the general practitioner in postnatal care: a survey from Australian general practice. *British Journal of General Practice*, 48, 1570-1574.
14. Gurel, S., Gurel, H. (2000) The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance of parity and inter-pregnancy interval. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 91, 21-24.
15. Harris, B., Johnson, S., Fung, H. et al (1989) The hormonal environment of post-natal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 154, 660-667.
16. Hau, F.W.L., Levy, V. A. (2003) Maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders*, 75, 197-203.
17. Hickey, A.R., Boyce, P.M., Ellwood, D., Morris-Yates, A.D. (1997) Early discharge and risk for postnatal depression. *The Medical Journal of Australia*, 167, 244-247.
18. Hudson, D. B., Elek, S. M., Campbell-Grossmann, C. (2000) Depression, self-esteem, loneliness and social support among adolescent mothers participating in the new parent project. *Adolescence*, 139, 445-453.
19. Kopp M., Skrabsky Á. (1992) *Magyar lelkiállapot*. Végeken Alapítvány, Budapest
20. Kopp M, Szedmák S., Löke J., Skrabsky Á. (1997) A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. *Lege Artis Medicinae*, 3, 136-144.
21. Lee, D.T.S., Yip, A.S.K., Leung, T.Y.S., Chung, T.K.H. (2000) Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Medical Journal*, 6, 349-354.
22. Losonczi Á. (1991) Az új élet kihordása: szülés, születés. In: Társadalmi változások – életfordulók. Terhesség – szülés – születés II. (Szerk.: Losonczi Á.) MTA Szociológiai Kutató Intézet, Budapest

23. Magiakou, M.A., Mastorakos, D.R., Dubbert, B., Gold, P.W. and Chrousos, G.P. (1996) Hypothalamic corticotrophin-releasing hormone suppression during the postpartum period: implications for the increase in psychiatric manifestations at this time. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 81, 1912-1917.
24. Martinez, R. (2000) Singing the baby blues: a content analysis of popular press articles about postpartum affective disturbances. *Women Health*, 31, 37-56.
25. Murata, A., Nadaoka, T., Morioka, Y. et al. (1998) Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 46, 99-104.
26. Nagata, M., Nagai, Y., Sobajima, H., Ando, T. et al. (2000) Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 209-217.
27. Nasta, M. T., Grussu, P., Quatraro, R.M., Cerutti, R. et al. (2002) Cholesterol and mood states at 3 days after delivery. *Journal of Psychosomatic Research* 52, 61-63.
28. Nonacs, R., Cohen, L. S. (1998) Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 34-40.
29. O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., Wright, E. J. (1991) Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry*, 48, 801-806.
30. Páll I. (2002) A szüléshez társuló pszichiátriai betegségek. *Lege Artis Medicinae*, 3, 153-158.
31. Riecher-Rössler, A., Hofecker, F.M. (2003) Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 51-56.
32. Rohde, L. A., Busnello, E., Wolf A., Zomer, A. et al. (1997) Maternity blues in Brazilian women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 231-235.
33. Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.E., Halmesmäki, E. (2001) Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 39-45.
34. Sakumoto, K., Masamoto, H., Kanazawa, K. (2002) Post-partum maternity "blues" as a reflection of new-born nursing care in Japan. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 78, 25-30.
35. Saurel-Cubizolles, M. J., Romito, P., Ancel, P.Y., Lelong, N. (2000) Unemployment and psychological distress one year after childbirth in France. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 185-191.

36. Skari, H., Skreden, M., Malt, U.F., Dalholt, M. et al. (2002) Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth – a prospective population-based study of mothers and fathers. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 1154-1163.
37. Swain, A.M., O'Hara, M.W., Starr, K.R., Gorman, L.L. (1997) A prospective study of sleep, mood and cognitive function in postpartum and non-postpartum women. *Obstetrics and Gynecology*, 90, 381-386.
38. Trixler M. (1997) A szüléshez társuló pszichiátriai betegségek etiológiai és nozológiai problémái. *Orvosképzés*, 1, 27-31.
39. Trixler M. (2000) Szülés utáni pszichés zavarok, pszichózisok. *Háziorvosi Továbbképző Szemle*, 5, 264-267.
40. Uwakwe, R. (2003) Affective (depressive) morbidity in puerperal Nigerian women: validation of the Edinburgh Postnatal Depressive Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 251-259.
41. Young, S.A., Campbell, N., Harper, A. (2002) Depression in women of reproductive age. *Postgraduate Medicine*, 3, 45-50.
42. Wilkie, G., Shapiro, C. M. (1992) Sleep deprivation and the postnatal blues. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 309-316.

#### Psychiatric disorders associated with childbearing I. Maternity blues

It is an understood thing that disorders of mood are very frequent in the developed countries and the gender is the important risk factor in point of view of their development. The studies all over the world show that mood disturbance are twice as much frequent among than men. From this point of view cycles and some periods of women mean especially vulnerable times of their life. Because of that to understand mental disorders connecting pregnancy, delivering, childbearing is very important for health professionals. The authors focus especially maternity blues from the postnatal psychiatric disorders. They introduce its symptoms, the frequency of that in the population by references. The main risk factors in developing mood disturbance are reviewed in detail. The paper stresses the possibility of prevention and importance of supportive follow-up.

**Key words:** maternity blues, perinatal psychiatric disorders, obstetrical psychosomatic.

## II. Táblázat: A gyermekági lehangoltság előfordulása a különböző országokban

Ország	Gyermekági lehangoltság aránya (%)
Tanzánia	76
USA	76
Anglia	76
Kína	44
Németország	41
Jamaica	46
Franciaország	30
Olaszország	30
Japán	13-36